الدليل التشخيصى للتوحديين
(العيادى)

تأليف

الدكتور/ السيد عبد الحميد سليمان السيد
مدرس علم نفس صعوبات التعلم
كلية التربية- جامعة حلوان

الدكتور/ محمد قاسم عبد الله
أستاذ مساعد الصحة النفسية
وكيل كلية التربية- جامعة حلب

الطبعة الأولى
١٤٢٤هـ/٢٠٠٣م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت: ٢٢٥٢٩٨٤، ٢٢٧٥٢٩٨٤، فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥
www.darelfikrelarabi.com
INFO@darelfikrelarabi.com

١٣٦,٧ س ى د ل

السيد عبد الحميد سليمان السيد.

الدليل التشخيصى للتوحديين (العيادى)/ تأليف السيد عبد الحميد سليمان السيد ، محمد قاسم عبد الله . -القاهرة: دارالفكر العربى، ٢٠٠٣م.

٦٠ص ؛ ٢٤سم .

ببليوجرافية : ص [٥٧] -٦٠.

تدمك : - -١٠-٩٧٧.

١ -الأطفال - علم النفس . ٢- اضطرابات السلوك .

أ-العنوان.

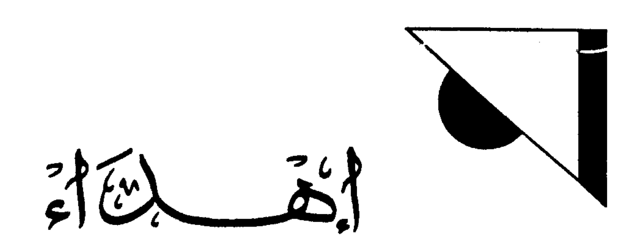
جمع إلكترونى وطباعة



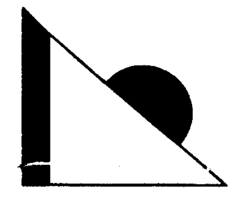
الإخراج الفنى / حسام حسين أنيس.

المراجعة اللغوية/ عبدالحليم إبراهيم.

رقم الإيداع/ ٧٧٧٧/ ٢٠٠٣



- إلى أساتذتنا الذين ارتشفنا من بحر علمهم كل طيب وطاهر.
- إلى طلابنا الذين ننتظرهم فى المستقبل أساتذتنا.
- إلى والدينا وأبنائنا أصلنا وغرسنا.





بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة:

شاءت إرادة الله سبحانه وتعالى أن يجتبى بعض خلقه بنعمه وآلائه فمنهم معافى ومنهم مجافى عن الصحة والعافية ليبلغوا شعاف رحمة الله .

ولعل من أهم الفئات التى اجتباها الله ببعض نعـمه ، فئة الأطفال التوحديين ، الذين ينكفئون على ذاتهم وكأنهم شيوخ طُعن فى العمر.

ومن هنا ، تسـاءلنا هل يمكن التعـرف عليهم فى بواكـير أيامـهم حتى نسـتطيع مداراتهم وعلاجهم ؟ ومن ثم كان مؤلفنا الحـالى والذى اتخذ الصفة الإجرائية ، لنقدم من خلاله تأطيرا نـظريا وتشخيصا عـمليا لهؤلاء الأطفال. ومسـعانا فى ذلك هو إثراء المكتبة العربية ومساعدة الأهل والوالدين والمتخصصين .

والله نسأل أن يهب أمتنا العربية عزها ومجدها .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين .

المؤلفان



المحتويات

الموضوع	الصفحة

الفصل الرابع
أبعاد ومفردات الدليل التشخيصى الكلينيكى

الفصل الأول

معنى التوحد وتاريخه

- مقدمة.
- التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية الشديدة.
- أصل المصطلح وتعريفه.
- انتشار التوحد وحدوثه.



مقدمة:

يعتبر التوحد ، « الأوتيزم Autism » أحد أشكال الاضطرابات النمائية المنتشرة الشديدة ، وقد اعتبره الكثيرون أحد أشكال الإعاقة الانفعالية ، وقد ظهر هذا المفهوم لأول مرة على يد الطبيب النفسى الأمريكى ليوكانر leokanner سنة ١٩٤٣ ، حين نشر ورقة بعنوان « اضطراب التوحد للتواصل العاطفى » وذلك نتيجة عمله مع (١١) طفلا يشتركون فى كثير من الخصائص أهمها : عدم القدرة على الارتباط بالناس أو المواقف بصورة عادية ، والافتقاد التام للاستجابة الجسمية والانفعالية للآخرين عدا الامتعاض واليأس والخوف -حين يحاول أى فرد اقتحام عالمه الخاص .

وقبل الحديث عن طبيعة الاضطراب وأعراضه ، لابد لنا من ذكر التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية عامة واضطراب التوحد خاصة .

التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية الشديدة:

لقد نشر العالم الإيطالى دى سانكيتس Desanctis خلال الفترة (١٩٠٦ - ١٩٧١) ورقة مهمة تتعلق بفصام الطفولة محاولة الإجابة على عدد من التساؤلات ، مؤكدا أن فصام الطفولة هو أحد الاضطرابات النفسية الشديدة ، وسماها جنون البشر Dementia Praecocissima وتحدث قبل البلوغ وتختلف عن التخلف العقلى ، ولكنها تشبه فصام الطفولة بالصورة التى يحدث بها فى المراهقة والرشد .

أما الباحث الألمانى هيللر Heller فقد لاحظ عدة أعراض لدى الأطفال الذين درسهم مثل :

تغير المزاج ، والتمرد ، وتدهور القدرات العقلية مع فقد القدرة على الكلام ، وتدهور الأداء الحركى وتقلص عضلات الوجه بصورة لا إرادية ، وسمى الحالة باسم الجنون الطفولى Dementia Praecocissima وسميت كذلك زملة هللر Hellers Syndrome ، مؤكدا أنها تختلف عن التخلف العقلى وتسمى فصام الطفولة .

أما لوريتا بندر Leoretta Bender، فقد اعتبرت فصام الطفولة اضطرابا نفسيا عضويا يؤثر فى كل أشكال الأداء ، وأن العوامل الوراثية والعضوية تلعب فيه دورا كبيرا، وفى عام ١٩٤٣م نشر كانر ورقته « اضطراب التوحد للتواصل العاطفى » بعد ملاحظته للأطفال الذين درسهم ، وذكر الأعراض التى بدت عليهم ، وكان أهمها :

أنهم لا يقدمون على تعديل وضع أجسامهم بصورة تلقائية، ويتميزون بذاكرة صماء ، وترديد ببغاوى للكلمات والخلط بين الضمائر ، وعدم الوعى بالناس ، وعدم اللعب بطريقة إبداعية خيالية عندما يلعبون مع الأطفال الآخرين ، هذا إلى جانب رغبتهم القهرية على ثبات البيئة والأشياء التى تحتويها .

إن الرأى السائد الآن هو أن هناك مجموعة من أنماط السلوك المتلازمة تؤلف معا أعراضا طبية لمتلازمة توحد الطفولة .

ولقد أثبت التاريخ الطبى أن التسمية والتعريف للأعراض لها فوائد كثيرة ، حيث إنها وفرت اكتشاف الأسباب الأولى وطرق التأهيل الوقائية ، مبينة للأسباب العضوية والاجتماعية ، ويعتبر كانر أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث فى الطفولة وسماه التوحد الطفولى وذلك عام ١٩٤٣ ، ومنذ ذلك التاريخ استخدمت تسميات مختلفة للاضطراب مثل: توحد الطفولة المبكرة Early Infatile Autisn ، وذهان الطفولة Childhood Psychosis ، ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح التوحد فى البداية فى ميدان الطب النفسى عندما عرف الفصام ، حيث استخدم التوحد كصفة للفصامى تشير إلى الانسحاب ، ثم أخذ المصطلح ليستخدم للإشارة إلى الاضطراب بكامله والمسمى : اضطراب التوحد .

أصل المصطلح وتعريفه:

مصطلح التوحد بالإنجليزية . . أوتيزم Autism ، وهو مشتق من Autonomy، أى الاستقلالية والذاتية ، ومن المعروف أن الغرض الرئيسى للاضطراب هو : الانغلاق على الذات والانطوائية الشديدة .

ويعتبر الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للأمراض النفسية (DSM111) الصادر عن ١٩٨٠ أول دليل تشخيصى يدخل مصطلح التوحد إلى قائمة الأمراض العقلية تحت اسم التوحد الطفولى باعتباره أحد اضطرابات مرحلة الطفولة ، وبذلك

يكون هذا الدليل قد حل إشكالية الخلاف بين العلماء حول تحديد طبيعته ، ويذكر الدليل ستة معايير لتعريف الطفل التوحدى وتشخيصه تتمثل فى :

١- يبدأ قبل الشهر (٣٠) من العمر .

٢- تنقصه الاستجابة للناس (انطوائى على ذاته بشدة) .

٣- عجز واضح فى نمو اللغة .

٤- أنماط متميزة وغريبة فى الكلام - إذا وجدت - كالترديد الببغاوى للكلمات.

٥- استجابات شاذة وغريبة نحو بيئته مثل مقاومة التغيير ، والاهتمام الشديد بالأشياء والموضوعات الحسية أو الجامدة .

٦- لا توجد هلوسات أو هذيانات كما فى الفصام .

وبالرغم من الصدق والثبات الذى يتصف به هذا المعيار بما يتيح الاعتماد عليه فى القياس والتشخيص إلا أنه كان موضع تساؤل حول المعلومات التى يقدمها عن أسبابه.

ويعرف أورنتز Ornntiz (١٩٨٩) التوحد بأنه :

« أحد اضطرابات النمو الشديدة عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبى ثابت ، أو تغيرات بيوكيميائية ، أو أيضية أو علامات جينية ، وقد افترض هذا العالم أن من العوامل المسببة للتوحد ما يكون بعضها قبل ولادية ، وبعضها ولادية ، وبعضها الآخر بعد ولادية ، وأنها تحدث خللا فى المخ، والأرجح أن معظم الحالات تعود لمثل هذه العوامل على حد تعبيره .

وتتضمن المتلازمة السلوكية للتوحد فئات الأمراض التالية :

١- اضطراب فى العلاقات مع الآخرين .

٢- اضطراب فى التواصل واللغة .

٣- اضطراب فى الاستجابة للأشياء والموضوعات .

٤- اضطراب فى السلوك الحسى .

٥- اضطراب فى السلوك الحركى .

انتشار التوحد وحدوثه :

يعتبر التوحد اضطرابا نمائيا نادر الحدوث نسبيا مقارنة بالاضطرابات النمائية الأخرى ، ويقدر معدل انتشاره بحوالى ٢ : ٥ ولادات من كل عشرة آلاف ولادة (Lord and Paol 1988) .

وبسبب الاختلافات حول تعريفه فإن البحوث السابقة حول انتشاره غالبا ما تتضمن دراسة أطفال يتصفون بصفات مختلفة ، وقد وجد جلبرج (Gillberg, 1984) أن معدل حدوث التوحد يتراوح ما بين ٢ : ٥ حالات من بين كل عشرة آلاف طفل ، فى حين بينت دراسات أخرى أن نسبة انتشاره تتراوح بين ٤ : ٥ لكل عشرة آلاف طفل مولود ، وفى اليابان بينت إحدى الدراسات أن معدل حدوث الاضطراب بلغ ١٦ حالة لكل عشرة آلاف طفل ، وأن ١٣٩ طفلا من المفحوصين كانت أعمارهم دون ستة وثلاثين شهرا ، وأن ٢٠ طفلا من هؤلاء المفحوصين قد تمت متابعتهم حتى سن ٦ سنوات (Ishii and Takahashi 1983) .

الفصل الثاني

عوامل التوحد

أولا : العوامل البيوكيميائية .

ثانيا: العوامل العضوية والعصبية .

ثالثا : المضاعفات العصبية للتوحد .



سوف نستعرض هنا أهم وأحدث النتائج العلمية حول عوامل التوحد :

أولا : العوامل البيوكيميائية

يعتبر السيروتنين من النواقل العصبية الهامة فى الجهاز العصبى المركزى ، ويتحكم فى العديد من العمليـات والوظائف الحيوية والسلوكية بما فيـها النوم ، وتناول الطعام ، وحرارة الجسم ، والشهية .

ولقد أجريت العديد من البـحوث العصبية والكيميائيـة فى اضطراب التوحد وقد ركزت على دور السيروتنين فيه .

وينشأ السيروتنين فى الدم فى ممرات الأحشاء والقناة الهـضمية والأمعاء ، ويخزن على شكل صفيـحات أثناء الدوران ، حيث يتم هدمه (الأيض الهـدمى) ويتحول إلى الهيدروكيندريستيل 5 بواسطة إنزيمات خاصة بعد امتصاصها فى الكبد والرئة .

وقد تبين أن نسبـة عالية من السيـروتنين عند الأطفال التوحديين تعـبر عن وجود فروق فى صفيحات الهيدروكستير بتـامين التى يتم امتصاصها وفى عدد هذه الصفيحات (عبد الله : ٢٠٠١) كـما تبين أن السيروتنين قـد زاد عن معدله الطبيـعى لدى الأطفال التوحديين .

الدوبامين :

تؤثر مادة الدوبامين فى حالة اليقظة ومظاهرها الحـركية ، وقد ثبت أن الأعراض الرئيسـة فى التوحـد مثل الطقـوسية أو النمطيـة والنشاط الزائد قـد تم تحريضـها لدى الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من هذه المادة ، مما أدى إلى الافتراض بأن العصبونات الدوبامينية المركزية تكون مرتفعة النشاط عند التوحديين (عبد الله : ٢٠٠١) .

النورابنفرين :

تعد هذه المادة من الناحية العصبية مهـمة إلى حد كبير حيث تتموضع فى الدماغ المؤخرى ونواة اللوك سـيريليوس Locus Carlus وتنتشر فى المناطق الدمـاغية والنخاع الشوكى حيث تلعب دورها فى اليقظة وفى القلق والذاكرة .

والأدوية التى تستعمل فى خفض النورابنفرين تستعمل لمعالجة أعراض الانسحاب والأدوية التى تستعمل لتنشيطه تستخدم فى معالجة الاكتئاب .

ويتم فحص العصبونات النورادرينالية المركزية بواسطة تحديد مستوى النورابنفرين فى السائل المخى الشوكى مما يكشف لنا كميته ونشاطه فى الحبل الشوكى والدماغ ، وبالرغم من أن عدة دراسات لم تجد فروقا فى مستوى هذا السائل العصبى بين التوحديين والأسوياء ، إلا أن دراسة حديثة هدفت إلى فحص مستواه عند النساء وفى منتصف الليل لدى التوحديين بينت أن هناك انخفاضا ضئيلا فى إنتاجها لدى المفحوصين (Mindera , 1989) .

باختصار نقول إن مسحا شاملا للدراسات وبحوث البيوكيمياوية العصبية التى أجريت على التوحديين ، أظهرت فروقا ضئيلة فى التنبيه للناقلات العصبية بين التوحديين والأسوياء ، مما دفع الباحثين لمزيد من البحث والدراسة التى لا تزال مستمرة، وقد ثبت أن هناك زيادة فى السيروتنين [5HT] فى الدم لدى التوحديين وكذلك وجود خلل فى الببتيدات العصبية وهرمونات الغدد الصماء ، وزيادة فى الدوبامين [DA]

ثانيا : العوامل العضوية والعصبية

لقد اعتبر التوحد إضرابا فى نمو الدماغ وأن منشأه عصبى ، وأن هناك خللا عصبيا وخاصة فى تشعبات المحاور العصبية وفى المشابك Synaptic وما تزال البحوث مستمرة لكشف نواحى الشذوذ العصبية .

- الجهاز العصبى المركزى :

إن التكامل الفسيولوجى العصبى للمسارات العصبية فى الدماغ يمكن بحثه من خلال الطريقة المعروفة باسم الجهد المحرض أو المستثار Evoked Potential الذى يعتبر بمثابة تسجيل الاستجابة العصبية للمثيرات الحسية والمهمات العقلية والتى تتحدى قدرات الشخص للاستجابة ، وتسجيل التغيرات العصبية التى تحصل على طريق مسارين يستخدمان لهذا الغرض ، فالمثيرات الحسية تستدعى نشاطا كهربائيا فى الوقت النظامى فى مناطق مختلفة من الدماغ ، وهذا الجهد يعكس النشاط العصبى ويبين عدد الأجهزة العصبية التى ساهمت فى الفعل ، فالجهد المحضر فى جذع المخ بواسطة المثيرات

السمعية والبصرية ينشأ فى جزء من الملى ثانية ويعكس النشاط العصبى الأولى للمسارات الحسية ، وقد أظهرت دراسة حديثة أجريت على الأطفال التوحديين أن هناك خللا وشذوذا فى مستويات بسيطة وشديدة ظهرت فى اختفاء بعض الموجات وتأخر زمن النقل فى منطقة جذع المخ (Mcclelland , 1992) .

ولقد تجمعت دلائل كثيرة فى البحوث الفسيولوچية ومن خلال الملاحظات الكلينيكية على الأساس العصبى والعضوى للتوحد ، ومن الافتراضات ما بين أن الخلل يكمن فى العقد القاعدية Basal Ganglia ، وفى المنظومة الدهليزية ، والفص الصدغى، أما الدراسات الأحدث فى التسعينيات من القرن العشرين فقد بينت أن العطب يكمن فى النسيج العصبى للفص الجبهى ، وقد استنتج كولمان (١٩٩٠) أن العوامل المسئولة عن الاضطراب تحدث فى مرحلة لاحقة من النمو خلال اكتمال وتعقد العمليات العصبونية، وأن هناك انخفاضا فى عدد خلايا بوركنج لدى التوحديين الذين تم دراستهم (Ritro , 1985) .

ثالثا :المضاعفات العصبية للتوحد :

يعد الصرع من المضاعفات العصبية للتوحد ، حيث إن تطور الصرع لدى المصابين بالتوحد قد أثبتته العديد من الدراسات التى بينت أن هذا التطور يحدث ما بين ٢٠-٣٥٪ وأن نوبات الصرع كانت أكثر انتشارا فى الحالات الحادة ، كما بينت أن بعض حالات التوحد واضطرابات النمو الشديدة فى الطفولة والمراهقة ترافقت بانحدار وضعف فى اللغة تمثل بما يعرف بمتلازمة ليندو كليفنر (Landao - Kleffner) أو ما يعرف بأفيزيا الصرع (Epileptic Aphasia) .



الفصل الثالث

التوحد في مراحل النمو

- التوحد فى مرحلة الرضاعة أو المهد.
- الوصف الكلينيكى.
- التوحد فى مرحلة المراهقة والرشد.
- القياس والتقدير.



إن الفكرة القائلة بأن التوحد ينشأ من مراحل النمو المبكرة ، فكرة ليست جديدة، فقد أكد (كانر) منذ عـام ١٩٤٣ أن الاضطراب يظهر منذ المهد ، وأن الأطفال المصابين به يحملون عجزا فطريـا عن تكوين العلاقات الاجتماعيـة ، وقد أكدت تقارير الوالدين أن بداية الأعراض تكون منذ مراحل النمو المبكرة ، وقد أثبتت العديد من الدراسات أن متوسط العمر الذى يبدأ فيه الاضطراب بالظهور هو ١٦-٢٠ شهرا من حياة الطفل .

التوحد فى مرحلة الرضاعة أو المهد:

إن أحد أسـباب قلة المعلـومات المتوافـرة عن الأطفال الذيـن يعانون من التـوحد يكمن فى أن التشخيص الدقيق للحـالة لا يتم حتى يبلغ سن الرابعة أو الرابعة والنصف من العمـر ، من جهة أخرى فـإن التشخيص الرسـمى قبل سن الثانية من العـمر يكون صعبا لأن معيـار التشخيص يتطلب مستوى معينا من النمـو اللغوى والمعرفى قبل ظهور العجز الخـاص (مشكلات العلاقات مع الأقـران ، واضطرابات اللغة) إن شكل الخلل والاضطراب الاجتـماعى والتواصلى يمكن مـلاحظته خلال السنتين الأوليين من الحـياة، حتى لو لم يتم التشخيص الإكلينيكى الرسمى .

وهناك عدد من الاتجاهات والمقاربات التى تحـاول الإحاطة بمشكلة دراسة الأطفال الذين لم يتم تشخـيصهم بعد، إن أكثـر هذه الإستراتيجـيات شيوعا وانتـشارا هى التى تعتـمد الحصـول على تقارير من الوالدين عن المراحل السابـقة باستخـدام الاستبـيانات والمقابلات ، وبالرغم مـن أن هذه الطريقة تمثل نافذة نطل مـن خلالها على سلوكـيات المولود أو الطفل،إلا أنها تعانى من صعوبات وعـدم دقة ، لقد تركز الانتباه فى السنوات الأخيرة على دراسة الأفلام والصور المأخوذة لهؤلاء الأطفال فى مراحل حياتهم الأولى، وكثيـرا ما اعتمـد عليها فى تكوين مـقاييس وقوائم فحص تسـتخدم فى التشـخيص ، ولكنها مع ذلك تعانى من عدم ثبات يمكننا من الوثوق بها (Stone , 1998) .

ومن الاتجاهات والطـرق المستعـملة فى دراسة مظاهر التـوحد منذ مـراحل النمو الأولى ، الدراسات التتبـعية التى تمكن من جمع معلومات كـثيرة عن الطفل خلال نموه مما يتـيح لنا تتبع نمو أعـراض الاضطراب ، وبالرغم من قلة حـالات التوحد فـإن هذه الطريقـة عـملية ومـلائمـة فـقط للأطفـال والمواليد الذين يـعانون من خطـر التعـرض للاضطراب بدرجة عالية والذين يظهرون أعراض التوحد الرئيسة مبكرا .

الوصف الكلينيكى:

لقد قدم (كـانر) أولى الدراسات الوصفية لحالات التـوحد ، وقد بين أن هناك نوعين من أنماط السلوك التى ميزت أحد عشر طفلا كان قد درسهم .

الأول: الفشل فى تقدير الوضعيـة التنبؤية للطفل قبل أن يتم حمل هؤلاء الأطفال من قبل والديهم .

الثانى: الفشل فى تعديل وتكييف الجسم ليتناسب مع وضع الوالدين وحركتهما ، ولذلك قرر البعض أن أهم مظاهر الاضطراب فى مرحلة الرضاعة الأولى وخلال الأسابيع الأولى من الحـياة هى : افتقادهم للاحـتضان ، والكسل فى عملية المص ، وغيـاب الابتسامة ، وعدم إظهار الاسـتجابة لأصوات الناس .

لقد درس كوبسك (Kubicek , 1980) العلاقـة بين الأم وأحد ابنيهـا التوائم ، فوجده يعانى من التوحد فى مراحل لاحقة. وقد تم تحليل الأفلام التى صورت لهم فى حين كانت أعمـارهم أربعة أشهر ، وتبين وجود فروق فى العـديد من المظاهر السلوكية بينهم ، فالتوائم التوحديون يظهر عليهم عدم التواصل بالتحديق وعدم النظر بالعينين مع الأم ، وتعبيرات وجهيـة حيادية أو خالية من المعنى ، وكذلك وضعيات جـسمية جامدة ونمطية ، كـما تبين من دراسات أخرى اسـتخدمت فيـها مقاييس تقـدير وفحص ، أن علاقة الطفل التوحدى بوالديه يبدو عليها التأخر الواضح فى التواصل بشكليه الاستقبالى والتعبيرى (الأخـذ والرد) وتحمل الإحباط كما تبين أنهم محدودون جـدا فى استعمال العينين والتحديق فى السنوات الثلاث الأولى من العمر.

يجب الانتبـاه إلى أنه ليس جميع الأطفال الذين يظهـرون اضطرابا اجتمـاعيا أو تواصليا فى مرحلة المهـد ، يجب أن يكونوا توحديين فيما بعـد ، إلا أن ما يميز هؤلاء فى مراحل النمو الأولى هى الصـفات التالية : ضعف الاسـتجابة الانفعالية والعـاطفية لديهم، عدم التواصل بالتحديق واستعمال العينين ، وعدم الابتسامة ، واحتراس وحذر مبالغ فيه، ووجـدان وانفعال صامت جامد ، والوضعيـة الجامدة ، لقد تبين أن أعراض الاضطراب ظهرت عند بعض الأطفال من الإناث بعد فترة من النمو السوى ، كما بينت تقارير دراسة الصور والأفلام الخاصة بهـؤلاء الأطفال أن ظهورها كان فى حوالى الشهر الثانى عشر من العمر .

فى دراسة تعتمد طريقة التقارير الوصفية ، قام أدرين ورفاقه (Adrin , et , al , 1991) بفحص الأفلام المنزلية التى صورت قبل سن الثانية ، لدى اثنى عشر طفلا يعانون من اضطرابات النمو المنتشرة ، وقد اعتمدت مقاييس تقدير لفحص الأنماط السلوكية لديهم ، وتبين أن تسعة أطفال يعانون من التوحد قد ظهرت لديهم اضطرابات فى التفاعل الاجتماعى ، وفى التعبير عن الانفعالات وفهمها وفى السلوك السمعى والبصرى وذلك قبل أن يبلغوا الثانية من عمرهم، إضافة لذلك فقد تبين أن ثمانية أطفال من الأطفال التسعة كانوا قد أظهروا اضطرابات فى السلوك الحركى وأشكالا أخرى من السلوك غير النمطى والشاذ (Adrin , et , al , 1991) .

أما دراسة جيلبرج ورفاقه ، فقد بينت أن الأطفال المصابين بالتوحد قد ظهرت لديهم الأعراض التالية خلال السنة الأولى من العمر (قبل بلوغهم الشهر الثانى عشر): صعوبة فى تقليد الحركات ، والانعزال عن الأشخاص المحيطين بهم ، وتجنب المواجهة بالنظر أو التحديق ، وعدم القدرة على التعبير عن الرغبات ، والفشل فى فهم ما يقوله الآخرون . أما من حيث اللعب ، فقد بدا عليهم اللعب غير العادى ، واللعب بأشياء محددة أحيانا بالأشياء الصلبة والجامدة ، ومحدودية الانتباه إلى عناصر الأشياء ، والانتباه إلى الأشياء المتحركة كثيرا .

مقارنات جماعية:

لقد أجريت العديد من الدراسات التى قارنت بين عينات من الأطفال التوحديين والأطفال الأسوياء ، تبين أن أكثر أشكال السلوك التى يتصف بها الأطفال المصابون بالتوحد هى : صعوبة بلوغ الأشياء ، والتجاهل ، وتجنب النظر بالمواجهة أو التحديق ، وبلادة انفعالية ، وعدم وعى غياب الأم . وبالرغم من أنهم كانوا أقل استجابة للانفعالات والعاطفة عن طريق الابتسام ، إلا أن هذه السلوكيات الاجتماعية المناسبة كانت قد ظهرت عند نصف أفراد عينة الدراسة التى قام بها (أورنيتز) ولم تظهر فروق بين التوحديين وغيرهم من حيث سلوك الاحتضان والحمل من قبل الوالدين أو الانشغال بالألعاب الاجتماعية البسيطة ، أما اضطراب التواصل بما فيها الترديد الببغاوى للكلمات فقد كانت أكثر بين التوحديين ، من جهة أخرى فإن تجاهل الدمى ، والقيام بأنشطة وسلوكيات متكررة مع أشياء وموضوعات معينة ، والاضطراب فى الإدراك الحسى وخاصة السمعى مثل الفشل فى الاستجابة للأصوات ، كانت أكثر انتشارا بينهم من غيرهم (Pual , et , al , 1983) .

كـذلك أجريت دراسـات عديدة لـلمقـارنة بين سلوكـيات الأطفـال التوحـديين والأسوياء فى نموهم وذلك خلال الأشهر الأولى من الحياة ، ومع أن هذه الدراسات قد ركزت على الفروق السلوكيـة المتعلقة بالعمر الزمنى ، فإن الأطفـال التوحديين يظهرون تأخـرا فى النمو اللغـوى والمعرفى أو العـقلى بالمقـارنة مع الأطفال الأسـوياء ، ثم عن الكثير من الفروق التى تم كشفهـا ربما تعزى إلى تأخر النمو الذى يعانيه هؤلاء الأطفال بالمقارنة مع غيرهـم أكثر مما يعزى إلى التوحد بحد ذاته ، وقد تم التوصل إلى العديد من النتائج الهامة من خلال الدراسـات التى استخدمت مجموعات مقـارنة لبحث مستويات النمو ، والجدول التالى يبين بعض هذه النتائج (Cohen , et , al , 1998) .

سلوكيات تميز التوحد عن تأخر النمو لدى أطفال دون السنتين والنصف من العمر:

التفاعل والتبادل الاجتماعى:

- فقر فى التقليد .
- شذوذ فى التحديق والنظر بالعينين .
- اضطراب فى العلاقات والتفاعل .
- ضعف فى الاستجابة ، وتجاهل الآخرين .
- اهتمام ضئيل جدا فى الألعاب والدمى .
- تفضيل واضح للبقاء وحيدا .
- لا يكترث لحمله أو احتضانه .
- قليل الابتسام ، وتعبيرات وجهية ضئيلة .

التواصل:

- تأخر فى الكلام .
- استعمال قليل للإيماءة والحركات المعبرة .
- الفشل فى الاحتفاظ بالانتباه إلى الأنشطة .

سلوكيات واهتمامات محدودة ومتكررة أو طقوسية:

- نمطية حركية ووضعيات غير عادية .
- استعمال غير طبيعى للأشياء ، ولعب غير معتاد .
- التعاطف نحو أشياء أو موضوعات غير عادية .
- اهتمامات بصرية غير عادية .
- استجابة غير عادية للأصوات ، يبدو وكأنه أصم .
- غير حساس للألم أو البرد أو الكراهية .

- التوحد فى مرحلة ما قبل المدرسة.

سنلقى الضوء فى هذا الجزء على الخصائص التى تميز المصابين بالتوحد من الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة حيث يكون قد تم تشخيص حالتهم بوضوح ، وبالرغم من أن أطفال هذه المرحلة ينطبق عليهم المعيار التشخيصى للاضطراب كما هو الحال عند الأعمر سنا تماما ، إلا أن هناك بعض الخصائص التى تميزهم ، ويحدث عندهم بعض التغير نتيجة التقدم فى السن والنمو .

فى دراسة مبكرة أجراها وينج ١٩٦٩ قارن فيها بين سلوكيات أطفال توحديين تبلغ أعمارهم ٢- ٥ سنوات مع أطفال أسوياء ، وآخرين يعانون من تخلف عقلى ، ومن الحبسة الكلامية ومن اضطرابات حسية تبين من خلالها أن المصابين بالتوحد كانوا أكثر إظهارا للعلاقات الاجتماعية المضطربة ، والتعاطف مع الأشياء بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة الآخرين ، أما العالم (أوتا) فى دراسته التى نشرها عام ١٩٨٧ ، والتى استخدم فيها استبيانا يضم السلوكيات التى يظهرها المصابون بالتوحد بين سنى الرابعة والسادسة ، فقد تبين أن أكثر أشكال العجز والاضطراب التى ظهرت لديهم كانت (بنسبة ٩٤٪) كانت تأخر الكلام ، واضطرابات أخرى فى اللغة ، وكانت المشكلات الاجتماعية بنسبة ٦٠٪ حيث ضعف العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى، وقرر ٤٠٪ منهم وجود ضعف فى العلاقات مع الأقران (Stone , 1998) .

إن النتائج التى تم التوصل إليها تؤكد على ظهور أشكال السلوك الشاذ والأعراض فى مرحلة ما قبل المدرسة ، فقد أثبتت جميعها أن هناك عجزا وخللا فى التفاعل الاجتماعى والتواصل ، وفى أشكال السلوك الحركى مثل السلوك النمطى والطقوسى الجامد والمتكرر ، إن التشخيص الدقيق للاضطراب فى مرحلة ما قبل المدرسة قد يعوق بسبب بعض المظاهر الكلينيكية التى تتداخل مع تلك التى تظهر عند الأطفال الذين يعانون أشكالا أخرى من الإعاقة .

بعض المظاهر السلوكية الخاصة بهذه المرحلة:

إن أحد أبرز المظاهر التى تظهر عند الأطفال التوحديين فى هذه المرحلة والمتعلقة بالعلاقات الاجتماعية- التحديق والنظر بالعينين، أو ما يسمى مبادلة النظر وجها لوجه

حين التواصل Eye to - Eye Gaze ، فقد تبين أن أبرز مظاهر العـجز هى الشذوذ فى مبادلة النظر، كما تقرر ذلك من خلال ملاحظة الوالدين وتقاريرهم ومن خلال البحوث المتنوعة، وقد كشفت بعضها أن سلوك مبـادلة النظر هذا مرتبط بعوامل موقفية ونمائية ، ففى المواقف الموجهة والتى يتدخل فيها الراشدون فإن كمية مبادلة النظر المتوجهة للراشد لدى المصابين بالتوحد تشبه تلك الموجودة لدى الأطفال الأسوياء (Stone , 1998) وفى مواقف مـحددة وخـاصة أظهر الأطفـال التوحـديون تواصلا بالعـينين أكبـر من أطفال المجموعة الضابطة مثل المواقف التاليـة : الراشدين غير النشيطين أو تجاه الراشدين الذين يتبعون ألعابا خفيفـة وناعمة ، فى حين ظهر العجز فى سلوك المبادلة بالنظر فى المواقف غير الموجهة مثل اللعب الحر .

أما بالنسبـة لتركيز الانتباه ومـشاركة الآخرين انتباههم فـقد ثبت أنهم يعانون من عجز واضح فى هذا السلوك، ومن المعروف أن هذا السلوك يرتبط بالتـفاعل الاجتماعى أيضا لأنه يمثل وظيفة لعملية المشاركة الاجـتماعية والتبادل مع الآخرين، والذى يختلف عن ذلك السلوك الانتباهى الذى يخـدم كوظيفة للحصول على أشيـاء معينة ، وقد تبين أن أطفال هذه المرحلة من التوحديين يعانون من عجز فى مشاركة الآخرين انتباههم مثل عرض الآخـرين الأشيـاء لهم ، أو تبديل وتغـييـر النظر بين الشخص والشـىء موضع الاهتمام ، وقـد ثبت أن هذا العجز يظهر عند الأطفال التـوحديين فقط (Lewy , and Dawson , 1992) .

بالنسبة لفهم الانفعالات والعواطف والتعبـير عنها ، فقد ثبت وجود عجز متنوع فى التعرف على الانفعالات واستعمالها أو التعبير عنها لدى الأطفال التوحديين فى هذه المرحلة من النمـو، فالتـعبـيرات الوجـهـية عن الانفـعالات نادرا مـا تعبـر لديهم عن الانفعالات الإيجـابية والمشاعر السـارة، وكثيرا مـا تكون تعبيرا عن حـالات حيادية أو جمـود انفعالى ، أما تفـهم الانفعالات ، فـالبرغم من صعوبـة تقويمه وفحصـه بسبب التأخـر اللغوى والمعـرفى الذى يعانيه هؤلاء الأطفـال ، إلا أن أكثـر الدراسات فى هذا المجال قد ركزت على اسـتجابات الأطفال السلوكية للانفعالات الإيجـابية والسلبية التى يظهـرها الراشدون ، وقـد تبين أن الأطفال الـتوحـديين أقل ابتسـاما من الأطفـال فى المجموعـات الضابطة ، وأقل ابتسامـا لأمهاتهم أيضا ، كـما أنهم أكثر إظهـارا لإشاحة

وجوههم بعيدا عن الراشدين ، وأقل نظرا تجاه الراشدين الذين يعانون الخوف أو الضيق، بالمقارنة مع الأسوياء (Choen et al , 1998) .

أما التقليد الحركى ، فمن المعروف أنه يرتبط بالعجز المعرفى أو العقلى الذى يعانيه هؤلاء الأطفال وبالرغم من قلة الدراسات التى بحثت هذا الجانب لدى الأطفال التوحديين فى مرحلة ما قبل المدرسة ، إلا أنها قد أثبتت ، أن هؤلاء الأطفال يبدون فقرا وضحالة فى أشكال السلوك الحركى مقارنة بأطفال المجموعات الضابطة المتنوعة ، ترتبط مهارات التقليد لديهم بالسلوك التواصلى والاجتماعى ، والأطفال التوحديون الذين يظهرون درجة عالية من التقليد مقارنة بأقرانهم ، يميلون إلى أن يكونوا أكثر تفاعلا وتواصلا اجتماعيا وأكثر امتلاكا لمهارات اللغة الاستقبالية .

التوحد فى مرحلة المدرسة الابتدائية :

تحمل المدرسة الابتدائية عددا من التحديات التى تواجه الأطفال التوحديين نتيجة للتوقعات المتغيرة التى ترافق النضج الجسمى والسلوكى ، فبين السادسة والثانية عشرة من العمر يواجه الأطفال المصابون بالاضطراب انتقالا إلى البيئة الجديدة ، بيئة التعلم، والتواصل مع أقران جدد ، والانطلاق من بيئة معهودة ومألوفة إلى بيئة جديدة ذات أنظمة خاصة ، تؤثر هذه التغيرات فى الكثير من السلوكيات فعلى الطفل أن يعدل سلوكه ليتكيف مع المطالب البيئية الجديدة ، وأن يتعلم مهارات جديدة ومعقدة ، وأن يكون تواصله من مستوى أعلى من ذى قبل وأن يكتسب المزيد من المعلومات وأن يستعملها ويعالجها ، إن مثل هذه التوقعات والمطالب أو الخبرات عامة وشائعة بالنسبة لأطفال المرحلة الابتدائية ، إلا أنها تمثل تحديا خاصا بالنسبة للأطفال التوحديين .

إن أكثر الأطفال المصابين بالتوحد يتقدمون وتتحسن حالتهم خلال مرحلة الدراسة كما يكتسبون مهارات جديدة ويتعلمون التعامل مع أناس جدد وأمكنة جديدة، وبالرغم من أن مسار النمو الذى يحصل خلال هذه المرحلة يصعب التنبؤ به ، إلا أن العلماء توصلوا إلى نتائج هامة عن هذه المرحلة لدى الأطفال المصابين بالاضطراب (Ornitz 1989) .

مظاهر النمو لدى الأطفال التوحديين فى مرحلة المدرسة :

المهارات الاجتماعية والتكيفية:

يعتبر العجز والضعف فى السلوك الاجتماعى والفهم الاجتماعى Social behavior and Social Understanding من أهم الخصائص التى تميز الأطفال التوحديين فى هذه المرحلة وقد اعتبر هذا المظهر السلوكى من الأعراض الجوهرية للتوحد منذ أن وصفه العالم (كانر) ويظهر هذا الضعف بوضوح فى شكليه منذ مرحلة ما قبل المدرسة، حيث يفشل الطفل فى تكوين العلاقات الاجتماعية وتنقصه القدرة على تكوين العلاقة مع الناس المألوفين والمعروفين لديه ، كما يفضل البقاء وحيدا ، ويتجنب المواجهة بالنظر والتحديق بعينى الشخص إضافة إلى ضعف التواصل ، وربما تنقص أشكال الضعف هذه خلال المرحلة المدرسية حتى يبدأ الطفل بالإفادة من المداخلات التربوية والعلاجية ويتعلم التعامل مع الناس ومع المواقف الجديدة ومع الناس المعروفين والمألوفين فى بيئته ، وقد شدد بعض العلماء على أن هذا الضعف يبدو واضحا وشديدا منذ مرحلة ماقبل المدرسة وأنه قد لا ينقص بل يستمر إلا أن مظاهره قد تتغير (Rutter, 1983) وقد توصل بعض العلماء إلى وجود ثلاثة أنماط فرعية من السلوك الاجتماعى لهؤلاء الأطفال فى هذه المرحلة هى :

١- الأطفال التوحديون الانعزاليون .

٢- السلبيون .

٣- النشيطون أو الفعالون ولكنهم شاذون غريبو الأطوار .

فمجموعة الأطفال التوحديين الانعزاليين aloof group يمثلون النسبة العظمى ، ويعتبر سلوكهم الانعزالى هذا هو المظهر الرئيس المميز لهم ، فما يميزهم هو أنهم لا يقدمون على التواصل مع الآخرين بل يتجنبون ذلك دوما ، ويتعرضون للضيق والتوتر حين يتم دفعهم إلى ذلك ، إنهم لا يبادرون بالتواصل (بالرغم من أن بعضهم يقدر على الكلام) كما يقضون أغلب أوقاتهم بأنماط سلوكية جامدة وطقوسية ، وقد نظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم لااستجابيون ويفشلون فى تكوين العلاقات مع أقرانهم ومع

الراشدين فى بيئتهم ، كما أنهم غالبا لا يلعبون مع الأطفال الآخرين ولا يهتمون بالصداقات ، إن ضعف قدرتهم فى المواجهة بالنظر واستعمال الوضعيات والإيماءات الحركية تجعلهم غير قادرين على البدء بالتواصل ، إن توجيه انتباههم والاحتفاظ به أو تركيزه أمر صعب عندهم ، وفى الكثير من الأحيان ينظر إليهم وكأنهم صم إذا لم يكونوا فعلا كذلك ، إن عدم قدرتهم على المشاركة فى الأنشطة والاهتمامات الاجتماعية العادية واليومية ، تجعلهم معوقين فى المواقف الاجتماعية .

أما المجموعة الثانية وهى مجموعة الأطفال التوحديين السلبيين Passive Group فهم أولئك الذين يتجنبون التواصل الاجتماعى مع الآخرين بشدة كما فى الفئة السابقة، ولكن تنقصهم البداهة والفهم البسيط المطلوب للتفاعل الاجتماعى الذى يبدو لدى الأطفال الأسوياء ، ونلاحظ عليهم تقبلهم لمبادرات الآخرين الاجتماعية، ولكنهم لا يملكون المهارات اللازمة لذلك ، عن تواصلهم ولعبهم يبدو جامدا صلبا Rigid وأحيانا نمطيا Stereotyped ومع امتلاكهم لبعض اللغة وانخفاض السلوكيات النمطية، يستطيع هؤلاء أن ينجزوا ويبلغوا مستوى أعلى من النمو مقارنة بأفراد المجموعة السابقة ، كما أنهم أكثر مطاوعة للمداخلة العلاجية والتربوية (Pual and Cohen , 1983) .

تشمل المجموعة الثالثة النشيطين الفعالين ولكنهم شاذون وغريبو الأطوار ، والتوحديين الذين تبدو عليهم أعلى درجات الاضطراب وفى حالات أخرى متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome) ، إنهم يبحثون وبقوة عن التفاعل مع الآخرين ويطلبون ذلك ، إلا أن طريقتهم فى ذلك غير اجتماعية ولا مناسبة ؛ لذلك نلاحظ أنهم غير قادرين على تكوين العلاقات الاجتماعية مع أقرانهم أو مع الراشدين حتى لو كانوا يملكون مستوى من اللغة والاهتمام بتكوين التواصل ، ومن الخصائص التى تميز أفراد هذه المجموعة تكرار السؤال ، والالتصاق غير العادى بالآخرين ، وتركيز المحادثة على اهتمامات محدودة وضيقة ، ووضعيات جسمية وتعبيرات وجهيه شاذة ، ويعكس سلوكهم وتواصلهم الاجتماعى التفاعل الحسى العيانى وعدم فهم المشاعر أو الأفكار أو الدوافع التى تظهر لدى من يتواصل معهم .

وبغض النظر عن جوانب الضعف التى تظهر عند أطفال هذه المرحلة ، فهناك عدد من جوانب القوة التى تمكنهم من التحسن خلال مرحلة المدرسة ، مثلا يبدى هؤلاء الأطفال فى هذه المرحلة التعاطف والمشاركة الوجدانية تجاه الأم أو من يقدم لهم العناية والدعم ، كما يظهر عليهم الضيق عندما يبتعدون عنهم ، وقد بين البعض أن التعاطف والمشاركة الوجدانية لدى التوحديين فى مرحلة المدرسة لا تختلف عن تلك التى تظهر عند الأطفال الذين يعانون من تأخر قليل فى النمو أو غير المعاقين من الأطفال (Loveland , 1998) ، من جهة أخرى فإنهم يستجيبون استجابات مختلفة للأشخاص المختلفين وللمواقف المختلفة ، وهذه ناحية هامة وإيجابية جدا تساعد فى تطوير تكيفهم، إنهم ليسوا مختلفين عن الآخرين ، إلا أنهم على وعى وفهم بأن الآخرين يختلفون وأنهم ذوو أهمية ودلالة بالنسبة لهم .

اللغة والتواصل:

يعتبر ضعف اللغة والتواصل من الخصائص التى تميز الأطفال التوحديين فى مرحلة المدرسة ، إن العديد منهم يملكون القليل من اللغة فى الخامسة والسادسة من العمر، ويظهر عندهم ضعف فى التواصل غير اللفظى ، ويتميز ذوو الأداء السلوكى المنخفض منهم بضعف الانتباه ومشاركة الآخرين انتباههم مما يعيق عملية التواصل لديهم، ويعتبر وجود الكلام قبل سن الخامسة لديهم مؤشرا هاما على التحسن اللاحق، كما يعتبر من صفات الذين يكون أداؤهم الوظيفى مرتفعا ، وعند الذين بلغوا مستوى من نمو اللغة خلال مرحلة المدرسة ، يبدو عندهم الكلام غير مناسب عمليا ولا يؤدى وظيفته، ومن الخصائص التى تميز هؤلاء الأطفال أيضا الترديد الببغاوى ، وقلب الضمائر، والترتيل غير العادى والكلام الغريب والنمطى .

وكما هو الحال بالنسبة للمهارات الاجتماعية والتكيفية ، فإن مهارات التواصل لدى أطفال المرحلة الابتدائية تختلف وتتنوع وفقا لدرجة الخلل وشدة الاضطراب ومستوى النمو، ومع أن العديد منهم يتحسن التواصل لديهم خلال سنوات الدراسة، إلا أن العديد من مظاهر الخلل الاجتماعى تبقى مشكلة هامة ، وقد افترضت الدراسات الحديثة أن الأطفال القادرين على التكلم منهم يملكون قدرة على النقاش باستعمال اللغة، وذلك خلاف ما كان يعتقد سابقا ، مما يؤكد إمكانية تحسين قدرتهم على التواصل باتباع طرق المداخلة العلاجية والتربوية المناسبة (Volkmar , 1987) .

السلوك الانفعالى :

يرتبط السلوك الانفعـالى بشكل جوهرى بالنمـو الاجتماعى ويقـدم الأساس من أجل التواصل وفـهم الذات والآخرين ، والأطفـال الأسوياء يكونون عـلاقات انفعـالية وجـدانيـة منذ الأشـهر الأولى من حيـاتهم ، وقـبل أن يصلوا مـرحلة المدرسـة ، لا يستطيعون فقط التـعرف على التعبيرات الوجهية الانفعـالية بل بإمكانهم تحديد انفعالات الآخـرين، وخلال سنوات تزداد هذه المهـارات حتى تـصبح مـتشـابهة لسلوك الراشـد الانفعالى .

أما لدى الأطفال المصابين بالتوحد فـإن النمو الانفعالى يختلف عن هذا الاتجاه ، فقد افتـرض أن هؤلاء الأطفال يفشلون فى تكوين علاقات انفعاليـة مع الآخرين ، كما ركزت الكثيـر من الدراسات على بحث مدى معرفة هؤلاء الأطفـال وقدرتهم على فهم التعبيرات الوجهية الانفعـالية ، وما يزال الجدل قائما حتى الآن ، ولكن المؤكد من هذه الدراسات أن الأطفـال التوحديين تتصف اسـتجابتـهم الانفعالية بأنهـا غير عادية وغـير مناسبة مقارنة باسـتجابة الأطفال الآخرين لمثل هذه المواقف (Loveland , 1998) كما تبين أنهم يسلكون بطريقة تعبر عن عدم اهتمامـهم ، أو عدم فهمهم لمشاعر الآخرين ، إنهم يعـانون من صعوبـة فى التعرف علـى التعبـيرات الوجـدانية الانفـعالية لـلآخرين ومشاركتهم لها فى المواقف التواصلية المختلفة .

نوجز القول بأن هناك الكثير من الدلائل التى أثبتت أن نمو السلوك الانفعالى لدى الأطفال التوحـديين فى مرحلة المدرسة يختلف بوضـوح عن أقرانهم الأسوياء ، مع أن الدراسات المخبرية والتجريبيـة حول هذا الموضوع لم تتوصل إلى نتائج ثابتة تدعم وجود ضعف فى هذا الجانب ، وفى مرحلة المدرسة يمكن للعجز الانفعالى أن يساهم فى خلق صعوبات اجتماعية لدى هؤلاء الأطفال بحيث تعيق تكوين تفاعل مع أقرانهم (Choen 1998) .

التحصيل الأكاديمى أو الإنجاز المدرسى :

خلال سنوات الدراسة (المرحلة الابتدائية) يمر الأطفال المصابون بالتوحد بتغيرات جوهرية فى نموهم الانفعالى والاجتماعى والتكيفى ، وبالتالى فإن البرامج التربوية يجب أن تلائم هذه التغيرات ومتطلباتها ، ولأن هؤلاء الأطفال يملكون صحيفة نفسية تعبر عن

مهارات دراسية وعقلية غير طبيعية فإن حاجاتهم التربوية الخاصة تتنوع وتتباين بشكل واضح فذوو الأداء المنخفض منهم يحتاجون إلى مساعدة موجهة ومتفردة أو خاصة فى العديد من المجالات ، وقد يظهر هؤلاء وكذلك الذين تكون درجة إعاقتهم متوسطة - مستوى من القدرات أو مهارات اللغة تجعلهم يواجهون صعوبات كبيرة بالمقارنة مع الذين لا يملكون هذا المستوى من القدرات ولسوء الحظ فإن أكثر الفعاليات والأنشطة الصفية تتطلب قراءة ، واستماعا ، وتحدثا وحتى عمليات حسابية ، ونتيجة لذلك فإن الذين تكون مهاراتهم غير لفظية ينمون بشكل أفضل من أقرانهم الذين لا يملكون هذه المهارات (وخاصة اللغة) والذين قد ينظر إليهم على أنهم من مستوى أقل مما هم فى الواقع ، أو يتم وضعهم فى صفوف لا تتحدى قدراتهم وجوانب القوة لديهم بشكل كاف، من هنا يجب الاهتمام كثيرا حين تقويم قدرات هؤلاء الأطفال (Loveland , 1998)

أما الذين يكون أداؤهم من مستوى أعلى فلا يظهر لديهم تأخر جوهرى فى مهارات القراءة والتهجئة والحساب ، وقد درست حالات العجز القرائى أو الديسلكسيا Dyslexia لدى الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة (صعوبة فى التعلم) وذلك من أجل فهم الفروق الأكاديمية الخاصة التى تظهر فى سنوات الدراسة ، كما تمت مقارنة التوحديين مع الذين يعانون من هذه الإعاقة ، فتبين أن الأطفال الآخرين يملكون مهارات أفضل فى الفهم والاستيعاب ، وفى استعمال اللغة ، ولكنهم يعانون من صعوبات فى استعمال الفونيمات والمقاطع الصوتية ، أما الذين يعانون مى التوحد فقد كانوا يعانون صعوبات فى الفهم والاستيعاب وفى استعمال اللغة ، بالرغم من أن دراسات أخرى لم تؤيد هذه النتيجة ، والتى توصلت إلى أن الأطفال التوحديين الذين يكون أداؤهم مرتفعا (بالمقارنة مع أقرانهم من ذوى الأداء المنخفض) أظهروا مستوى جيدا من مهارات الذاكرة السمعية والمقاطع الصوتية بالمقارنة مع الذين يعانون من عجز قرائى شديد (Loveland , 1998)

خلال السنوات الأخيرة الماضية ، توصلت البحوث النفسية والتربوية إلى العديد مى التوجيهات والإرشادات الهامة ، والتى يشدد بعضها على المنهاج الوظيفى والشامل وعلى تدريب المعلم ، على البيئة التربوية المثالية والنموذجية ، والتعليمات والدروس الصفية (مثل التضمينات Inclusion، والتعلم من المواقف الطبيعية) والمداخلة العلاجية المستمرة أو المطولة بما يتناسب مع مستوى النمو ومظاهره ، وبغض النظر عن ذلك ،

فإن البرامج التربوية المناسبة والخدمات التى تلبى حاجاتهم المتزايدة ، والبحوث التى تركز على تحسين تعليمهم تبقى محدودة .

عموما ، نستطيع القول أنه بسبب الحاجات التربوية المتفردة والخاصة التى تتصف بتنوعها لدى هؤلاء الأطفال ، فإن تحقيق حاجاتهم فى الصف يعتبر أمرا صعبا ، فكلا المستويين من التوحديين (ذوى الأداء العالى والمنخفض) يصعب تعليمهم ؛ لأنهم لا يتعلمون ولا ينمون بنفس الطرق التى يتعلم فيها الأطفال الآخرون وينمون ، وما تزال بحوث علم النفس العصبى تبحث أساس عملية التعلم لدى هؤلاء الأطفال والتقنيات التى تسهل تعلمهم للمهارات الأكاديمية .

التوحد فى مرحلتى المراهقة والرشد :

لم يدرس التوحد فى مرحلتى المراهقة والرشد إلا مؤخرا فقد كانت الدراسات الكلينيكية والتجريبية تركز على التوحد فى مرحلة الطفولة ، كما أن تحديد الاضطراب وتشخيصه أسهل فى هذه المرحلة منه فى مراحل لاحقة ، وأن أكثر الباحثين فى هذا المجال قد تخصصوا فى بحث التوحد فى مرحلة الطفولة وقلة قليلة جدا من تخصص بدراسته فى مرحلتى المراهقة والرشد . وقد سماه الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية (DSM III R, VI) باسم التوحد الطفولى Infantile Autism .

لقد نشأ الاهتمام بدراسة التوحد فى المراهقة والرشد لعدد من الأسباب ، فالأطفال الذين يعانون من الاضطراب وتمت دراستهم فى السبعينيات من القرن العشرين قد مروا بمراحل من النمو حتى بلغوا المراهقة والرشد ، كما توجهت البحوث العلمية لهم بسبب عددهم المتزايد، والحاجة لتقديم الخدمات النفسية والتربوية لهم ، وهناك جهود كثيرة قد ركزت على هذه البرامج والخدمات النفسية المقدمة للأطفال بما يؤدى إلى تحسين حالتهم حين ينتقلون إلى مراحل النمو الأخرى (Durand and Carr, 1998) .

فحص الاضطراب وتشخيصه وتقديره :

التشخيص :

يعتبر تشخيص التوحد لدى المراهقين والراشدين من الأمور الصعبة والتى تتحدى الباحث المتخصص ، فالأطفال المصابون بالاضطراب يحملون صفات وخصائص عامة

ومشتركة ، أما فى مرحلة الرشد فإننا لا نلاحظ ذلك إطلاقا ، أما الذين يسهل تشخيصهم منهم فهم أولئك الذين لهم أهل متفهمون ومربون على مستوى من المعرفة والفهم أيضا ، ومن أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد فى مرحلة الطفولة Childhood Autism Rating Scale (CARS) الذى وضعه سكوبلر ورفاقه عام ١٩٨٨ والذى يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ، ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقا لخمسة عشر مقياسا هى :

١- العلاقة مع الآخرين .
٢- التقليد .
٣- استعمال الجسم .
٤- استعمال الأشياء .
٥- التكيف مع التغيرات .
٦- الاستجابة البصرية .
٧- الاستجابة السمعية .
٨- استجابات الطعم ،والشم ، والتذوق واستعمالها .
٩- الخوف والعصبية .
١٠- الاستجابة الانفعالية .
١١- التواصل اللفظى .
١٢- التواصل غير اللفظى .
١٣- مستوى النشاط والفعالية .
١٤- ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .
١٥- الانطباعات العامة .

ولكل بند من البنود أربع درجات (من ١- ٤) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين ١٥-٦٠ ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية : إذا كانت درجة المفحوص أقل من ٣٠ يعتبر غير مصاب بالتوحد ، وإذا كانت درجته بين ٣٠ - ٣٦ فإنه يعانى من درجة متوسطة من التوحد ، أما إذا كانت درجته تزيد عن ٣٧ فإنه يعانى من توحد شديد.

وقد أجريت العديد من الدراسات التى بحثت استعمال هذا المقياس فى تشخيص التوحد لدى المراهقين والراشدين ، فالبرنامج المسمى برنامج معالجة وتربية الأطفال التوحديين والذين يعانون من إعاقات فى التواصل ذات الصلة بالتوحد Treatment and Education Of Autistic and Related Communication Handicapped Childern (ورمزه اختصارا TEACCH) تمكن من تشخيص وتحديد ٨٩ مفحوصا

باستعمال مقياس (CARS) قبل سن العاشرة من العمر ومـرة أخرى بعد الثالثة عشرة من العمر ، وقـد أظهر أكثر المفحـوصين انخفاضا فى درجاتهم على المقـياس مع مرور الوقت ، مما يشير إلى أن خصائص التوحد أقل تحديدا وتعرفا فى مراحل العمر اللاحقة للطفولة .

هناك أدوات أخرى مستعملة لتشخيص الاضطراب منها المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد Revised - Autistic Diagnostic Interview التى وضعهـا لورد وروتر عام ١٩٩٤ ، وقائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS) التى وضعها لورد عام ١٩٩٨ (Lord and Paul , 1998) .

القياس والتقدير:

إن هدف القياس والـتقدير Assessment هو وضع البرنامج الـتربوى والسلوكى النوعى والمتفرد لكل حالة، ففى حين يبحث التشـخيص عن الصفات والخصائص العامة والمشتركة لدى المصابين بالتوحد ، فإن التقدير والقياس يركز على الخصائص الفردية التى تجعل كل حالة ، خاصة ومتميزة وفردية. وتاريخيا كان تقدير التوحد وقياسه أمرا صعبا بسبب الفعاليـة والنشاط المرتفع الذى يظهر لديهم وبسبب التشـويش وعدم الاهتمام فى القـياس، وبالرغم من أن تطورا جـيدا قـد حـصل فى مجـال تقدير وقـياس الأطفـال التوحـديين، فإن تقدير وقـياس المراهقين والراشدين مـا زال يواجه تحديات وصـعوبات كثيرة.

إن الصحيـفة النفسية - التربـوية للمراهقين والراشدية Adolescent and Adult (Psycho-eductional Profile)AAPEP التى وضعها (ميسبوف) ورفاقه عام ١٩٨٨ (Mesivov ,1988) تمثل إحدى الأدوات الهـامة المسـتعملة مع المراهـقين والراشدين ، والتى تطورت مـن خـلال البـرنامج العـلاجى والتـربوى للـتـوحـديين الســابق ذكـره (TEACH) وقد تسـتعمل هذه الأداة مع المـقابلة التشـخيصـية (ADI-R) أو وحدها، وتقيس اللغـة والكلام ، والأداء الوظيفى التكيفى ومظاهر التواصل أشكـاله كافة ،ويتم قياس وتقدير الجوانب التـالية لدى التوحديين بهذه الأدوات التشخيصيـة كافة . مهارات العـمل أو المهارات المهنيـة ، والاستـقلاليـة ، ومهـارات قضـاء وقت الفراغ والنـشاط الاجتماعى، والسلوك المهنى ، والتواصل ، والسلوك الاجتماعى والتفاعلى ، وقد ثبت

صدق وثبات هذه الأدوات التقديرية والتشخيصية على المراهقين والراشدين من خلال العديد من الدراسات والممارسات الكلينيكية

قضايا نمائية فى مرحلتى المراهقة والرشد:

المهارات المعرفية:

بالنسبة للمصابين بالتوحد ، يعتبر حاصل الذكاء والتغيرات الأكاديمية خلال المراهقة مشابهة لتلك التى نراها لدى المراهقين غير التوحديين ، فالأداء العام خلال هذه المرحلة يبقى ثابتا كما هو الحال فى مرحلة الطفولة المتوسطة ويبقى ثابتا نسبيا ، ولكن هناك بعض التغيرات الجوهرية وذات الدلالة التى تحدث لدى بعض الطلاب ولكنها ليست أكبر من تلك التى نشاهدها لدى غير المعوقين ، وقد لوحظ أن التقدم الدراسى الذى يحصل لدى التوحديين ذوى الأداء المرتفع (أى حاصل ذكائهم فوق ٧٠) أعلى من أقرانهم ذوى الأداء المنخفض . فقد أظهر الأولون مستوى أعلى فى القراءة والحساب والفهم أو الاستيعاب .

لقد ركزت بعض الدراسات على كشف العوامل الأساسية التى تقف خلف العجز المعرفى لدى المراهقين التوحديين والتى تحدث ضعفا فى تعلمهم ، تبين من خلالها أن هؤلاء يعانون من صعوبات فى معالجة المعلومات ، وفى الانتباه وتحويله ، وقد نظر إلى هذه النتيجة على أنها تقدم لنا تفسيرا للمشكلات التى يعانى منها هؤلاء فى تركيز انتباههم والاحتفاظ به ضمن الصف وفى مواجهة التغيرات والمطالب البيئية (Cohen,1998) .

السلوك:

يعتبر سلوك المصابين بالتوحد من المظاهر الهامة فى الدراسة؛ وذلك لأنهم كثيرا ما يؤذون الآخرين ، ويجعلهم بمنأى عن مجتمعهم ، وتعتبر هذه من المشكلات الرئيسة لدى المراهقين والراشدين المصابين بهذا الاضطراب والذى يبلغ حجم سلوكهم التخريبى درجة عالية بحيث يجعلهم خطرين .

فبالنسبة للسلوك العدوانى وإيذاء الذات ، كان من السلوك التى تركزت عليها جهود الباحثين وخاصة أنها تمثل نسبة ١٠٪ - ٢٠٪ من الذين يعانون من الاضطراب

خلال مرحلة المراهقة ، وقد أكـد جرينبرج وآخرون أن العدوان وإيذاء الذات يزداد لدى الذين يعانـون من تدهور فى المهارات الأخرى ، وإنـه يزداد فى مرحلة المراهقـة بحيث يبلغ ٥٠٪ (Cohen 1998) .

أما بالـنسبة للـسلوك الجنسى ، فقـد تبين أن النضج الجنسى يحدث العـديد من المشكلات السلوكـيـة لدى المراهقين التـوحـديين ، ومع أن بداية البلوغ تتطلب تكـيفـا وخاصة لدى الإناث ، إلا أن العالم وينج Wing قد قرر أن هذه التغـيرات يمكن تقبلها بسهولة بعد إعطائهم دروسا تربوية فى هذا الجـانب ، من جهة أخرى فإن ازدياد الدافع الجنسى لدى الذكور منهم يحدث قلقا وإرباكا لديهم وخـاصة أنهم يعانون من عجز فى العديد من المهارات الاجتماعية التى تمكنهم من التكيف مع هذا الوضع .

أما بالنسبة لمستوى الفعالية والنشاط فإنه ينخفض مع مرحلة المراهقة وخاصة الذين كانوا أكثر فعاليـة ونشاطا خلال المرحلة السابقة من النمو ، ويعتبر هذا التغـير طبيعيا ، مع العلم أن تأخـرا فى السلوك النفسى - الحـركى قد يحـدث أحيـانا وبدرجة متـطرفة بحيث نلاحظ فقدان المبادرة لديهم (Gillberg and Coleman) .

الحالة الصحية والنفسية :

بالنسبة للـنوبات المرضية Seizure ، وبالرغم من أن العديد من التـوحديين الذين لم يعانوا من هذه النوبات فى مرحلة الطفولة المتأخرة فإن نسبة منهم تتطور الحالة لديهم بحيث تظهر هذه النوبات فى مرحلة المراهقة وتصل إلى نسبة ٤٠٪ من النوبات الصرعية قبل بلوغهم الثلاثين من العمر ، ويعتبر التوحديون والمتخلفون عقليا أكثر عرضة لنوبات الصرع من أولئك الذين يـكونون على الحد ، مع العلم أن مثل هذه النـوبات تظهر عند ذوى الذكاء العادى وفوق المتوسط ، ولم تعرف حتى الآن طريقة نستطيع من خلالها أن نتنبأ بالأطفـال الذين ستـطور لديهم مثل هذه الحالة فى المسـتقبل وتظـهر لديهم نوبات الصرع فى مرحلة الرشـد ، بالرغم من أن هناك دلائل تشير إلى أن نسـبة حدوثها لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور (Gillberg and Steffenberg , 1987) .

أما الاكـتئـاب فقـد تبين أن انخفاضـا فى النشاط يحـصل لدى نسبة عـالية من التوحديين فى المراهقة لدرجة اعـتبرها البعض أنها فترة اكتئاب ، فـمشاعر عدم السرور كثيرة الحدوث فى هذه المرحلة لدرجة أن الكثيـرين منهم يعرفون أن حالتهم تختلف عن

غيرهم من الناس ، وقد فسرت حالة الاكتئاب هذه بأنها رد فعل لعدم تكوين العلاقات الاجتماعية والصداقة مع الأقران ، كما أن بعضهم تظهر لديهم حالة من الاكتئاب الذهانى أو الرئيسى خلال مرحلة المراهقة وبداية الرشد ، ويكثر حدوث ذلك لدى الذين تكون عائلاتهم ذات تاريخ مرضى وخاصة الذين عانوا من اضطرابات انفعالية (أو اكتئابية بشكل خاص) .

اللغة والتواصل:

تعتبر مشكلة اللغة والتواصل من الأغراض البارزة التى قادت (كانر) إلى تحديد التوحد كاضطراب يختلف عن الفصام الطفولى ، وقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية مهارات اللغة والتواصل للسلوك الإيجابى لدى الراشد ، كما أن الدراسات التتبعية للمراهقين والراشدين التوحديين قد بينت أن صعوبات التواصل المستمرة مثل الترديد الببغاوى وإبدال الكلمات وتكرارها من أكثر المشكلات اللغوية ظهورا ، وقد قرر (روتر) أن أكثر أشكال العجز الأساسية الخاصة بالتواصل لديهم هى تلك المتعلقة بالتفاعل الاجتماعى ، فالمراهقون والراشدون التوحديون يعانون من خلل واضطراب فى فهم القواعد والمعايير الخاصة بالحوار وفى إنجازه ومن ضعف التمييز بين أدوار المستمع والمتحدث أثناء المحادثة ، وقد وضع بعض العلماء أشكال العجز هذه فى فئتين :

١- لا يعرف كيف يأخذ دوره فى التغيرات الاجتماعية .

٢- لا يفهم كيف يتم التواصل وكيف ينظم البيئة ويوجهها ، عن ضعف الفهم للعلاقة بين القواعد والتواصل تجعل الحوار الاجتماعى صعبا للغاية .

وهناك العديد من المحاولات التى أجريت لمعالجة ضعف التواصل اللفظى وغير اللفظى لدى التوحديين ، ومن الطرق التى استعملت بنجاح لتطوير التواصل اللفظى وغير اللفظى لدى المراهقين : لغة الإشارة ، بطاقات الصور ، بطاقات الكلمات وغيرها، من جهة أخرى فقد ركزت الكثير من الاتجاهات فى تدريب التواصل لديهم على قدرتهم على استعمال اللغة بهدف الاتصال أكثر من استعمالها بهدف تعليم اللفظ والنطق والنحو وتصحيح الجمل ، وقد ركزت بعضها على التدريب فى البيئات الواقعية الطبيعية ، مثل تعليمهم كيفية التواصل فى سياق الحياة اليومية لتنفيذ المتطلبات الحياتية والأنشطة اليومية المعتادة (Mesibov, 1998) .

المهارات الاجتماعية والبينشخصية (التبادلية):

لقد ركز (كانر) على ضعف المهارات الاجتماعية عند التوحديين وأدخلها ضمن برنامجه فى هذا السياق ، ومن أكثر النتائج إثارة للاهتمام على المراهقين والراشدين التوحديين هى الملاحظة التى تبين أنهم خلال هذه الفترة تستمر مهاراتهم الاجتماعية بالتطور والتحسن . وقد وصف روتر التحسن الحاصل فى بحوثه وقدره بنسبة ٥٠٪ من الحالات ، وقد ربط روتر بين اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعية وزيادة مهاراتهم .

إلا أن الدراسات أكثر حداثة قد بينت وجود ثلاثة أشكال من الشذوذ والعجز الذى يميز المراهقين التوحديين هى :

١- حاجتهم للتبادلية أو المبادلة فى التفاعل الاجتماعى .

٢- فشلهم فى بلوغ التواصل الجسمى أو إحداث الاتصال المادى .

٣- عدم قدرتهم على فهم ما يفكر فيه الآخرون وما يشعرون به .

يعانى هؤلاء أيضا من عدم القدرة على استنتاج المعايير والقواعد الهامة من المواقف الاجتماعية ، والذين يعانون من صعوبات فى فهم هذه القواعد وتحديدها لن يستفيدوا من المواقف الاجتماعية، وستصبح هذه المواقف غير ذات فائدة بالنسبة لهم ، ويجب الانتباه إلى أن البرامج العلاجية لا تركز على معالجة هذا العجز بحد ذاته، إلا أن بعضهم قد وضع برامج ترويحية وعلاجية تعمل على تدريب المهارات الاجتماعية ووقت الفراغ والنشاط لدى المراهقين والراشدين على السواء ، وقد ركزت هذه البرامج على ممارسة مهارات المحادثة والتدريب عليها ، والمشاركة بالأنشطة الاجتماعية وتفهم السلوك الاجتماعى (Mesibov , 1992) .



الفصل الرابع

أبعاد ومفردات الدليل التشخيصي الكلينيكي

- خطوات إعداد هذا الدليل.
- الأبعاد المقترحة للتشخيصي الكلينيكي للأوتيزم في مرحلة المهد (من شهر إلى ٣٠ شهرا).
- في مرحلة التعليم الابتدائي (من ٦ إلى ١١) سنة.



خطوات إعداد هذا الدليل :

١- قام المؤلفان بتحليل عينة من التراث النظرى التخصصى والدراسات السابقة فى موضوع التوحد ، وتوصلا من خلالها إلى الأبعاد الرئيسة للدليل التشخصى بقسميه ، وكذلك الخصائص الرئيسة للأطفال التوحديين .

٢- ثم قام المؤلفان بصياغة العبارات التى تنتمى إلى كل بعد من الأبعاد .

٣- تم توزيع الدليل المقترح على (١٥) عضوا من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس وقسم التربية الخاصة فى كلية التربية بجامعة الملك خالد فى المملكة العربية السعودية ، متمثلة بالعدد التالى : (٥) أساتذة ، و(٣) أساتذة مشاركين ، و(٧) أساتذة مساعدين ، وذلك لتحكيمها من حيث الصياغة اللغوية ، وانتماء كل عبارة للبعد الموجودة فيه ، وفى ضوء هذا التقييم تم حذف بعض العبارات ، وتعديل صياغة بعضها الآخر ، وإضافة عبارات أخرى للدليل ، وقد كان محك الإثبات أو الحذف أو التغيير هو أن يحصل البعد أو العبار على نسبة اتفاق لا تقل عن ٧٥٪ من مجمل أفراد عينة المحكمين .

٤- صيغت عبارات هذا الدليل بحيث يجيب عنها أكثر الأفراد التصاقا بالطفل ، وأن تتمشى صياغة العبارات مع أسلوب الإجابة بكلمة : (نعم) ، أو (لا).

٥- للراغبين فى استخدام هذا الدليل عليهم الالتزام بأبعاده وعباراته ، على أن توضع أمام العبارات ما يجعل الإجابة أمام كل عبارة تتمثل فى الاختيار بين: (نعم) و(لا) . على أن يعطى الاختيار (نعم) درجة مقدارها (١) ، و(لا) درجة مقدارها (٠) مع مراعاة كون العبارة موجبة أم سالبة ، حيث تعكس الدرجة فى حالة السلب .

٦- فى ضوء الخطوات والإجراءات السابقة قد انتهى المؤلفان إلى التأكد من الصدق الظاهرى وصدق المحكمين للدليل التشخيصى الإكلينيكى المثبت فى هذا المؤلف ، وبذا يصبح من الواجب على الباحثين الذين سيستخدمون هذا الدليل ، حساب ثبات المقياس ، والقدرة التمييزية له قبل التطبيق النهائى .

ويأمل المولفان أن يكون هذا الدليل عونا لزملائهم الاختصاصيين والعاملين فى هذا المجال ، والكمال لله وحده .

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَٰئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا (٣٦) ﴾ [الإسراء].

سعادة الأستاذ الدكتور/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

يقوم الباحثان بإعداد دليل تشخيصى كلينيكى للتعرف المبكر على الأطفال التوحديين فى مرحلة الرضاعة وما بعدها بقليل (من شهر حتى ٣٠ شهرا) ، والأطفال التوحديين فى مرحلة المدرسة الابتدائية من (٦ إلى ١١ سنة تقريبا) .

ونظرا لأن الباحثين يثقان فى علمكم وخبرتكم ؛ لذا فقد رام لنا أن نعرض على سعادتكم هذا الدليل بما يتضمنه من أبعاد وعبارات راجين إفادتنا عما يلى :

- هل الأبعاد المقترحة فى الدليل تعد مناسبة ؟

نعم / لا   نسبة الموافقة .... ٪ .

- هل العبارات تنتمى إلى البعد ؟

نعم / لا   نسبة الموافقة .... ٪ .

- هل العبارات مناسبة من ناحية الصياغة اللغوية ؟

نعم / لا   نسبة الموافقة .... ٪ .

- ما هى العبارات التى فى حاجة إلى تعديل ؟

- ما هى العبارات التى ترون إضافتها ؟

علما بأنه تم تبنى التعريف التالى للأوتيزم :

« أحد اضطرابات النمو الشديدة فى السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة ، أو خلل عصبى ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية» .

الباحثان

الأبعاد المقترحة للدليل التشخيصى الكلينيكى
للأوتيزم في مرحلة الرضاعة وما بعدها
(من شهر إلى ٣٠ شهرا)

البعد	البعد	مناسب: نعم	مناسب: لا	نسبة الموافقة
١-	اضطراب الحركة			
٢-	اضطراب السلوك الحسى			
٣-	اضطراب الاستجابة للأشياء والموضوعات			
٤-	اضطراب التواصل مع الآخرين			
	الأبعاد المقترحة للدليل التشخيصى الكينيكى للأوتيزم فى المرحلة الابتدائية من ٦ إلى ١١سنة			
١-	الاضطراب الحركى .			
٢-	اضطراب الاستجابة للأشياء والموضوعات.			
٣-	اضطراب اللغة .			
٤-	الاضطراب الانفعالى .			
٥-	الاضطراب أو العجز الاجتماعى			
	المقترحات :			

الباحثان

الدليل التشخيصي الكلينيكي للتنبؤ بالأوتيزم في المرحلة العمرية

من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

البعد : اضطراب الحركة

م	العبـــــــــارة	الانتماء إلى البعد			مناسبة لغويا		
		نعم	لا	التعديل	نعم	لا	التعديل
١-	غالبا ما يفشل في تغيير وضع جسمه ليتناسب مع من يجلس بجواره .	√			√		
٢-	غالبا ما يتخذ وضعا جسميا غير مناسب أثناء النوم أو الجلوس أو الحركة .	√			√		
٣-	عادة ما يتخذ أوضاعا جسمية جامدة ونمطية.	√			√		
٤-	غالبا ما يكرر بعض الحركات بطريقة ثابتة أو بندولية.	√			√		
٥-	غالبا ما يبدى كسلا واضحا أثناء الرضاعة أو المص.	√			√		
٦-	غالبا ما يظل على وضع جسمي ثابت أثناء نومه أو جلوسه .	√			√		
٧-	غالبا ما يقوم بحركات عشوائية أثناء زحفه أو مشيه .	√			√		
٨-	غالبا ما يحرك بعض أعضاء جسمه بطريقة عشوائية أو غير مناسبة .	√			√		
٩-	غالبا ما يظهر حركات غير مناسبة أثناء تناوله لزجاجة الرضاعة.	√			√		
١٠-	أحيانا يظهر ثباتا حركيا وهو يتناول مشروبه.	√			√		

الدليل التشخيصى الكلينيكى للتنبؤ بالأوتيزم فى المرحلة العمرية من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

البعد : اضطراب السلوك الحسى

م	العبـــــــارة	الانتماء إلى البعد			مناسبة لغويا		
		نعم	لا	التعديل	نعم	لا	التعديل
١-	غالبا لا يظهر استجابة لأصوات الناس المحيطين.	√			√		
٢-	غالبا لا ينتبه للأشياء المتحركة من حوله.	√			√		
٣-	غالبا لا ينتبه لأصوات الأشياء التي تصدر من حوله .	√			√		
٤-	غالبا لا ينتبه للإضاءة المفاجئة فى وجهه.	√			√		
٥-	لا يعنى لفترات طويلة بغياب الأم عنه .	√			√		
٦-	فى كثير من الأحيان لا يتابع البقع الضوئية المتحركة من حوله.	√			√		
٧-	غالبا ما يظهر اهتمامات بصرية شاذة وغريبة .	√			√		
٨-	غالبا ما يظهر استجابات غير عادية للأصوات.	√			√		
٩-	غير حساس بدرجة كبيرة للألم أو البرد أو الحر .	√			√		
١٠-	غالبا ما يفشل في الاحتفاظ بالانتباه على الأنشطة التي يمارسها أو تدور من حوله .	√			√		
١١-	في كثير من الأحيان لا ينتبه إلى أى شخص خارج أو قادم أمامه.	√			√		
١٢-	غالبا ما لا يسترعى انتباهه الأصوات المفاجئة.	√			√		
١٣-	لا يثير انتباهه الأشخاص والأشياء الجديدة فى بيئته.	√			√		
١٤-	غالبا ما يقوم بصك أسنانه فى بعضها البعض بطريقة ثابتة.	√			√		
١٥-	غالبا ما يقوم بتحريك بعض أجزاء جسمه بطريقة نمطية ثابتة.	√			√		

الدليل التشخيصي الكلينيكي للتنبؤ بالأوتيزم في المرحلة العمرية من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

البعد : اضطراب التواصل مع الآخرين

م	العبارة	الانتماء إلى البعد: نعم	الانتماء إلى البعد: لا	الانتماء إلى البعد: التعديل	مناسبة لغويا: نعم	مناسبة لغويا: لا	مناسبة لغويا: التعديل
١-	غالبا لا ينظر إلى الأم أثناء الرضاعة.	√			√		
٢-	محدود جدا في استعمال العينين للتواصل مع المثيرات البيئية.	√			√		
٣-	غالبا ما تكون تعبيرات وجهه خالية من المعنى .	√			√		
٤-	غالبا لا يظهر ابتسامة لمداعبات الآخرين .	√			√		
٥-	غالبا لا يتواصل مع الآخرين من خلال تحديق النظر .	√			√		
٦-	لا يبدى في الغالب استجابة لندائه باسمه .	√			√		
٧-	غالبا لا يظهر أصوات مناغاة استجابة لملاطفة الآخرين حركيا أو لفظيا.	√			√		
٨-	لا يكترث غالبا لحمله أو احتضانه من أمه .	√			√		
٩-	يتسم بالبلادة الانفعالية .	√			√		
١٠-	غالبا لا يستطيع أن يعبر عن رغباته .	√			√		
١١-	يعانى من صعوبة واضحة في التواصل مع الآخرين بالتقليد.	√			√		
١٢-	استعماله قليل للإيماءات والإشارات والحركات المعبرة.	√			√		
١٣-	غالبا ما يتجاهل الآخرين .	√			√		
١٤-	نادرا ما يضحك إذا داعبه الآخرون .	√			√		

الدليل التشخيصى الكلينيكى للتنبؤ بالأوتيزم فى المرحلة العمرية

من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

البعد : اضطراب الاستجابة للأشياء

م	العبارة	الانتماء إلى البعد			مناسبة لغويا		
		نعم	لا	التعديل	نعم	لا	التعديل
١-	يظهر اهتماما ضعيفا بالألعاب والدمى .	√			√		
٢-	إذا لعب بشىء فإنه يحركه حركات عشوائية .	√			√		
٣-	يقبض على الشىء أو اللعبة فترات طويلة دون تحريكه .	√			√		
٤-	لا يبدى انفعالا إذا أخذ الطفل منه لعبته .	√			√		
٥-	غالبا لا يمسك أو يحرك شيئا موجودا بجانبه .	√			√		
٦-	كثيرا ما يقوم بحركات ثابتة وهو يلعب بأشيائه .	√			√		
٧-	لا يهتم كثيرا إذا أحضرت له لعبة جديدة .	√			√		
٨-	غالبا ما يبدى تعاطفا أو تفاعلا نحو أشياء غير عادية .	√			√		
٩-	كثيرا ما ينظر إلى لعبه صامتا ودون أن يتحرك.	√			√		
١٠-	غالبا لا يهتم بالأطفال الذين يلعبون من حوله .	√			√		

١- الاضطراب الحركى

م	العبـــــارة	الانتماء إلى البعد			مناسبة لغويا		
		نعم	لا	التعديل	نعم	لا	التعديل
١-	عادة ما يتصف سلوكه الحركى بالطقوسية والتكرار الآلى .						
٢-	غالبا ما يبدى بعض الحركات اللا إرادية .						
٣-	فى بعض الأحيان يستمر فى مشيه دون هدف .						
٤-	غالبا ما يقوم بلف أصابعه أو يده بطريقة آلية .						
٥-	عادة ما يكون بطيئا وغير متزن فى مشيته، يميل عادة إلى هز جسمه أو بعض أجزائه بصورة شبه مستمرة .						
٦-	غالبا ما يتمايل بجسمه ويحنيه مع تموج وتمايل للرأس .						
٧-	غالبا ما يحول حركات جسمه فجائيا إلى حركات أخرى.						
٨-	لا يحافظ على اتزانه إذا ركب شيئا .						
٩-	لا يتحكم بشكل مقبول فى ألعابه أثناء مسكها .						
١٠-	لا يستطيع أن يحافظ على اتزانه وثباته إذا وقف لفترة طويلة.						
١١-	غالبا ما يتسم بعدم الاتساق الحركى أثناء فك وتركيب شىء ما						
١٢-	يظهر صعوبة كبيرة في التقاط ما يقذف إليه .						
١٣-	إذا مشى نحو هدف بأنه يمشى فى خط متموج .						
١٤-	لا يثبت على هيئة واحدة وهو يمسك القلم أثناء الكتابة.						

٢- اضطراب الاستجابة للأشياء والموضوعات.

م	العبـــــــارة	الانتماء إلى البعد: نعم	الانتماء إلى البعد: لا	الانتماء إلى البعد: التعديل	مناسبة لغويا: نعم	مناسبة لغويا: لا	مناسبة لغويا: التعديل
١-	لديه نزعة لتنظيم الأشياء وترتيبها بشكل ثابت .						
٢-	غالبا ما يستعمل الأشياء بشكل نمطى وثابت.						
٣-	إذا نقر على شىء أو ضغط عليه فإنه يستمر فى هذا السلوك لفترة طويلة وبطريقة آلية .						
٤-	غالبا ما يقضى فترات طويلة فى اللعب بلعبة واحدة .						
٥-	يتسم بالجمود وعدم المرونة فى استعمال مواد اللعب .						
٦-	يكرر النشاط الواحد مدة طويلة .						
٧-	يتعامل مع لعبه بصورة شاذة وغريبة .						
٨-	لا يبدي اهتماما إذا أحضرت له لعبة جديدة.						
٩-	لا يهتم كثيرا إذا انكسرت لعبته .						
١٠-	لا يهتم كثيرا إذا أخذ أى فرد لعبته .						
١١-	يعانى من عجز شديد فى القيام بالألعاب الخيالية .						

الدليل التشخيصى الكلينيكى للأوتيزم فى المرحلة العمرية

من (٦) إلى (١١) سنة

٣- اضطراب اللغة (الاضطراب اللغوى).

م	العبـــــــارة	الانتماء إلى البعد			مناسبة لغويا		
		نعم	لا	النسبة	نعم	لا	النسبة
١-	غالبا ما يستعمل كلاما غير مناسب عمليا ووظيفيا.						
٢-	غـالبا مـا يردد بعض الكلمـات والأصوات والنغمـات ترديد ببغاوى .						
٣-	عادة ما يستعمل كلمات غريبة وشاذة أثناء حديثه.						
٤-	عادة ما يرتل ترتيلا غير عادى للكلمات والعبارات .						
٥-	يعانى من صعوبة واضحة فى فهم التعليمات الشفوية الطويلة.						
٦-	لا يجيـد ترتيب الكلـمـات بصـورة مناسبـة فى الجمل التى يتحدث بها.						
٧-	لا ينطق الجمل والعبارات بصورة صحيحة .						
٨-	يعـانى مـن صـعـوبة واضـحـة فـى الـتـعـبـيـر عـن الأشـيـاء والموضوعات.						
٩-	لا يصغى باهتمام كبير لأحاديث الآخرين من حوله .						
١٠-	يعانى من صعوبة واضحة فى فهم كلام الآخرين .						
١١-	لا يستطيع التفاعل مع الآخرين أثناء المناقشة الجماعية.						
١٢-	غالبـا لا يستطيع الكبار والوالدان والأقـران فهم ما يتـحدث به الطفل .						
١٣-	يعانى من صعوبة كبيرة فى تسمية الأشياء.						

الدليل التشخيصى الكلينيكى للأوتيزم فى المرحلة العمرية

من (٦) إلى (١١) سنة

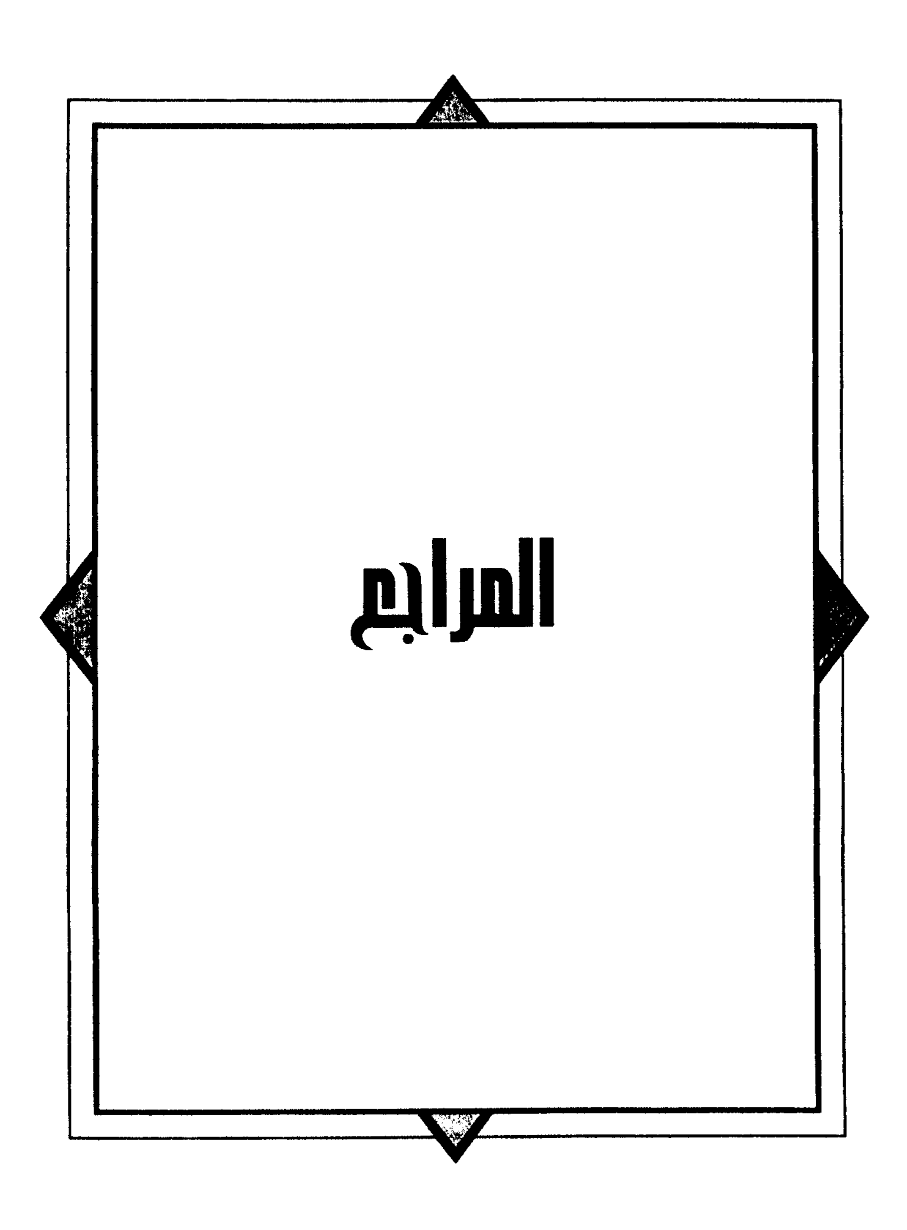
٤- الاضطراب الانفعالى والنفسى

م	العبـــــارة	الانتماء إلى البعد			مناسبة لغويا		
		نعم	لا	التعديل	نعم	لا	التعديل
١-	غالبا لا يظهر انفعالا واضحا حين تتم مداعبته.						
٢-	غالبا لا يظهر توددا أثناء ملاطفته.						
٣-	فى كثير من الأحيـان لا يبدى عـلامات السعـادة والفرح حين يلاطفه أو يداعبه أحد والديه .						
٤-	لا تبدو عليه علامات السعادة حين يشاركه أقرانه فى اللعب.						
٥-	غالبا ما يكون منطويا على ذاته بشدة .						
٦-	يميل إلى الجلوس وحده صامتا.						
٧-	عادة ما يبدو قانعا وراضيا عن حاله .						
٨-	لا يشعر بالخوف عندما يستمع لقصص خرافية أو مخيفة.						
٩-	غالبا لا يظهر علامات الغضب من المواقف المغضبة .						
١٠-	لا يهتم كثيرا بالغرباء ولا يثيرونه .						
١١-	عاجز عن تكوين علاقات تعاطف ومشاركة وجدانية مع الذين يعتنون به .						
١٢-	يظهر مفهوما بدائيا ومتخلفا عن ذاته .						
١٣-	لا يغير ولا يهتم بمدح أقرانه ومكافآتهم له .						
١٤-	لا يهتم كثيرا إذا شتمه أو ضربه أحد .						
١٥-	نادرا ما يطلب أشياء أو ألعابا .						
١٦-	قد لا يتعرف على ذاته إذا نظر في المرآة.						
١٧-	غالبا ما لا يبدي أية احتجاجات على الأشياء والمواقف التى لا تعجبه.						
١٨-	غالبا ما يبدو خانعا وقانعا ومستكينا.						

الدليل التشخيصي الكلينيكي للأوتيزم في المرحلة العمرية
من (٦) إلى (١١) سنة

٥- الاضطراب والعجز الاجتماعي

م	العبـــــــــارة	الانتماء إلى البعد			مناسبة لغويا		
		نعم	لا	التعديل	نعم	لا	التعديل
١-	لاينتبه في كثير من الأحيان لأى شخص قادم أو خارج أمامه.						
٢-	غالبا ما لا يهتم لغياب أمه عنه .						
٣-	غير قادر على تكوين علاقات اجتماعية .						
٤-	يتسم بعدم النظر إلى الغير .						
٥-	لا يبادل الآخر ابتسامته الاجتماعية إذا نظر إليه .						
٦-	لا يتبادل الحديث مع الآخرين .						
٧-	غالبا ما ينزع للاستجابة ليد الشخص الآخر أو أنفه أو أى جزء بدلا من الشخص نفسه .						
٨-	عادة لا يشارك الآخرين لعبهم ونشاطهم .						
٩-	يقضي معظم وقته في عزلة ووحدة .						
١٠-	علاقاته المتبادلة مع الآخرين غير منضبطة .						
١١-	غالبا ما يبدى نفورا من التفاعل مع الآخرين .						
١٢-	لا يستعمل تعبيرات الوجه بما يناسب الموقف .						
١٣-	نادرا ما يسلم على الآخرين حين يلقاهم .						
١٤-	نادرا ما يقلد سلوك الآخرين .						
١٥-	يفضل اللعب منعزلا عن الآخرين .						
١٦-	غير محبوب من زملائه إلى حد كبير .						
١٧-	غالبا لا يهتم بالتعليمات التي يتلقاها من الكبير .						
١٨-	لا يشكر من يقضي له حاجته .						
١٩-	لا يستجيب لحمله واحتضانه قبل النوم .						
٢٠-	لا يبادر بالتفاعل الاجتماعي مع الغير .						
٢١-	يقضي وقتا طويلا منشغلا بأنشطته الفردية .						
٢٢-	لا يمكنه أن ينادي بعض الأشخاص المعروفين .						
٢٣-	لا يستطيع أن يحدد دوره في العمل الجماعي .						
٢٤-	يفقد اهتماما بالبيئة الاجتماعية .						
٢٥-	لا يقلد جمل وعبارات الآخرين.						



المراجع



المراجع

١- محمـد قاسم عبد الله (٢٠٠١): الطفل التوحـدى أو الذاتوى. عمان: دار الفكر.

٢- خولة أحمد يحيى (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر.

3. Adrein, J., Faure, M., Perrot A., Hameury, L., Garreau, B., Barthelemy, C. and Sauvage (1991) Autism and family home movies. Journal of Austim and development disorders, 21, 43-49.

4. American Psychiatric Association (1994): Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington.

5. Cohen, D. (1997) Thyroid hormone in autistic children. Journal of Autism and Developmental disorders, 10, 455-450.

6. Cohen, D., Payl, R. (1968) Issues in classification of pervasive and other developmental disorders. Journal of the American Academy of Child Pediatrics, 19, 213-220.

7. Gillberg, C. and Steffenburg, S. (1987): Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions. Journal of Autism and developmental disorders, 17, 273-287.

8. Gillberg, G. and Coleman, M. 91992) The biology of the autistic syndrome, Cambridge University Press.

9. Goldberg, T. (1987) On hermetic reading abilities. Journal of Autism and Developmental disorders, 17, 29-44.

10. Gorden J. and Cautella, J. (1988) Procedures to increase social interaction among adolescents with autism. Journal of Behavior Therapy and experimental Psychiatry, 19, 87-94.

11. Koegel, R. (1983) The personality and family Interachtion characteraistics of parents of autistic children, Journal of counseling and clinical psychology, 51, 683-692.

12. Kubicek, L. (1980) Organisation in two mother - infant interactions involving a normal infant and his fraternal twins brother who was later diagnosis. In: Academy Press.

13. Lewy, C. (1991) Follow-ups of Tow-years-olds rererred and joint attention in young autistic children, Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 555-566.

14. Loveland, K. and Tunali-Kotoski, B. (1998) The school-age child with autism. In: Cohen D. and Volkmar, F.: handbook of autism and pervasive developmental disorders. Wiley and Sons. New York.

15. Lovass, O. (1987) Parents as therapists. In Autism, By Rutter M., New York, Plenum.

16. McClelland, R., Eyre, D., Watson, D., Calvert, G. and Sherrard, E. (1992) General conduction time in Childhood autism. British Journal of Psychiatry, 160, 659-665.

17. Mesibov, G. and Handland, S. (1998) Adolescent and adult with autism. In: Cohen and Volkmar, F. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, Wiley and Sons, New York.

18. Minderaa, R. (1989) Neurochemical study of dopamine functioning in autistic and normal subjects. Journal if the American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 200-206.

19. Ornitz, E. (1989) Autism. In Last, C. and Hersen, M.: Handbook of Child Psychiartric Diagnosis. Wiley Series on Personality Processes. New York.

20. Pual, R. Cohen, D. and Caprulo, B. (1983) A longitudinal study of patient with severe developmental disorders of language learning. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22, 225-234.

21. Ritvo, E. (1985) Evidence for autosomal recessive inheritance in 46 families with multiple incidence of autism. American Journal of Psychiatry, 142, 187-192.

22. Stone, W. (1998) Autism in infantile and early childhood. In: Cohen, D. and Volkmar, F.: handbook of autism and pervasive development disorders, Wily and Sons. New York.

23. Wolff, S. and Chick, J. (1980) Schizoid personality in childhood: a Controlled follow-up study, Psychological medicine, 10, 85-100.

24. Volkmar, F. (1987) Social development. In Cohen, D. and Donnellan, A.: Handbook of autism and pervasive developmental disorders, New York. Wiley and sons.